



ЗАЯВЛЕНИЕ



Пожалуйста, обращайтесь к инструкции для заполнения заявления. Пишите разборчиво печатными буквами. Пользуйтесь только ручкой с черной или синей пастой.

РАЗДЕЛ 1: Расскажите нам о человеке, подающем заявление на ребенка, на беременную женщину, на еще не родившегося ребенка, о нем или о ней самой.

1	ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА	2	ДАТА РОЖДЕНИЯ МЕСЯЦ / ДЕНЬ / ГОД		
3	ДОМАШНИЙ АДРЕС (НОМЕР ДОМА И УЛИЦА) НЕ УКАЗЫВАЙТЕ НОМЕР АБОНЕМЕНТНОГО ЯЩИКА		4	НОМЕР КВАРТИРЫ	5	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ()	
6	ГОРОД	7	ОКРУГ	8	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	9	РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН ()
10	ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЫШЕУКАЗАННОГО) ИЛИ НОМЕР АБОНЕМЕНТНОГО ЯЩИКА		11	НОМЕР КВАРТИРЫ	12		ТЕЛЕФОН, ПО КОТОРОМУ МОЖНО ОСТАВИТЬ СООБЩЕНИЕ ()
13	ГОРОД		14		ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		
15A	ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК ОБЩЕНИЯ		15B	НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ ЧИТАЕТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО?			

16 Мы зачислим ребенка или беременную женщину на программу, на которую они имеют право. Если вы не хотите быть зачисленным на одну из этих программ, сделайте пометку в соответствующей графе, указанной ниже.

я не хочу: **Healthy Families:** Не посылайте свидетельства о рождении. Не заполняйте страницу, относящуюся к программе Healthy Families.
 Medi-Cal

РАЗДЕЛ 2: Предоставьте информацию о детях в возрасте до 19 лет и/или о беременной женщине, которые хотят получать медицинское обслуживание.

		Ребенок 1 или не рожденный ребенок	Ребенок 2	Ребенок 3	Ребенок 4	Беременная женщина
<i>Пометьте клеточку <input type="checkbox"/> в этом случае</i>						
17	Имя:	Фамилия				
		Имя				
		Отчество				
18	Имя, указанное в свидетельстве о рождении:	Фамилия				
	<i>(если то же, что и в пункте 17, оставьте графу незаполненной)</i>	Имя				
		Отчество				
19	Если адрес ребенка не тот же , что указанный в Разделе 1, Вопрос 3, укажите полный адрес:					
20	Отношение к лицу, указанному в Разделе 1:					
21	Пол:	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
22	Дата рождения:	МЕСЯЦ / ДЕНЬ / ГОД	МЕСЯЦ / ДЕНЬ / ГОД	МЕСЯЦ / ДЕНЬ / ГОД	МЕСЯЦ / ДЕНЬ / ГОД	МЕСЯЦ / ДЕНЬ / ГОД
23	Место рождения: округ или штат или страна (если за пределами США).					
24	Этнический код: <i>(См #24 инструкции)</i>					
25	Гражданин или уроженец США? Если "Нет", пожалуйста, укажите дату въезда в США	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет МЕСЯЦ / ДЕНЬ / ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет МЕСЯЦ / ДЕНЬ / ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет МЕСЯЦ / ДЕНЬ / ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет МЕСЯЦ / ДЕНЬ / ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет МЕСЯЦ / ДЕНЬ / ГОД
26	Номер социального обеспечения:	Номер социального обеспечения не требуется для программы Healthy Families или для лиц, которым нужны услуги только на случай неотложных ситуаций или только по поводу беременности.				

ОТОРВИТЕ ЗДЕСЬ

ОТОРВИТЕ ЗДЕСЬ

РАЗДЕЛ 2: продолжение

Ребенок 1 или не рожденный ребенок

Ребенок 2

Ребенок 3

Ребенок 4

Беременная женщина

Пометьте клеточку в этом случае

27	Имя матери:					
	Фамилия					
	Имя					
	Проживает ли мать совместно с вами?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
28	Имя отца:					
	Фамилия					
	Имя					
	Проживает ли отец совместно с вами?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
29	Имя супруга несовершеннолетнего или мужа беременной женщины: <i>(если проживают совместно)</i>					
30	Имеет ли кто-либо из лиц, в отношении которых подается заявление, бесплатный вариант Medi-Cal ? Если "да", укажите дату окончания действия страховки.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
		/ / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД				
31	Имеют ли беременная женщина и/или дети другое медицинское, стоматологическое обслуживание, услуги глазного врача?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
32	Был ли застрахован кто-либо из детей через работодателей за последние 90 дней? Если "да", пометьте основную причину, по которой действие страховки приостановилось, и укажите дату, когда это произошло.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
		<input type="checkbox"/> Потерял(а) работу <input type="checkbox"/> Сменил(а) место жительства и не предоставляется страховка <input type="checkbox"/> Работодатель прекратил предоставление льгот всем работникам <input type="checkbox"/> Закончился срок действия страховки по COBRA <input type="checkbox"/> Прочие	<input type="checkbox"/> Потерял(а) работу <input type="checkbox"/> Сменил(а) место жительства и не предоставляется страховка <input type="checkbox"/> Работодатель прекратил предоставление льгот всем работникам <input type="checkbox"/> Закончился срок действия страховки по COBRA <input type="checkbox"/> Прочие	<input type="checkbox"/> Потерял(а) работу <input type="checkbox"/> Сменил(а) место жительства и не предоставляется страховка <input type="checkbox"/> Работодатель прекратил предоставление льгот всем работникам <input type="checkbox"/> Закончился срок действия страховки по COBRA <input type="checkbox"/> Прочие	<input type="checkbox"/> Потерял(а) работу <input type="checkbox"/> Сменил(а) место жительства и не предоставляется страховка <input type="checkbox"/> Работодатель прекратил предоставление льгот всем работникам <input type="checkbox"/> Закончился срок действия страховки по COBRA <input type="checkbox"/> Прочие	<input type="checkbox"/> Потерял(а) работу <input type="checkbox"/> Сменил(а) место жительства и не предоставляется страховка <input type="checkbox"/> Работодатель прекратил предоставление льгот всем работникам <input type="checkbox"/> Закончился срок действия страховки по COBRA <input type="checkbox"/> Прочие
		/ / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД				

РАЗДЕЛ 3: Члены семьи, проживающие совместно. Количественный состав семьи принимается в расчет при определении типа программы, на которую имеют право ваши дети.

33 Перечислите остальных детей, проживающих совместно с вами в возрасте до 21 года и не указанных в Разделе 2. Укажите их родство с лицом, указанным в Разделе 1, Вопрос 1.

_____	_____	_____	_____
ФАМИЛИЯ, ИМЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ	ФАМИЛИЯ, ИМЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ
_____	_____	_____	_____
ФАМИЛИЯ, ИМЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ	ФАМИЛИЯ, ИМЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ

34 Ожидает ли ребенка ктонибудь из членов семьи, проживающих в доме? Да Нет

Если "да", то кто: _____ Дата предполагаемых родов: _____

35 Впишите проживающих совместно, не указанных ранее мачеху/отчима: _____
ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО

36 Хочет ли кто-либо из перечисленных в этом разделе или кто-либо из родителей получать услуги по **Medi-Cal**? Да Нет



Если выяснится, что вы имеете право на программу **Healthy Families**, и если вы хотите сейчас выбрать для себя план медицинского, стоматологического обслуживания и услуги специалистов по зрению, заполните эту страницу. В противном случае, мы должны будем связаться с вами позже для получения необходимой информации. Обратитесь за дополнительной информацией к **буклету Healthy Families** или посетите нашу страничку электронной почты www.healthyfamilies.ca.gov.

РАЗДЕЛ А: Выбор планов медицинского, стоматологического обслуживания и услуг специалистов по зрению.

56 План медицинского обслуживания/код	57 Стоматологический план/код	58 План по зрению/код
59 Имя врача/клиники (по желанию)	60 Врач/код клиники (по желанию)	61 Имя стоматолога/клиники (по желанию)
	62 Стоматолога/код клиники (по желанию)	

РАЗДЕЛ В: Экспериментальный проект.

63 Если вы принадлежите к одной из этих групп, для вас предусмотрен и предлагается комбинированный план медицинского, стоматологического обслуживания и услуг специалистов по зрению. Вы можете выбрать этот новый комбинированный план и указать его код в клеточке ниже. Обратитесь к **буклету Healthy Families** за кодом.

Сделайте пометку в тех графах, которые относятся к вашим данным.

<input type="checkbox"/> Индеец ИЛИ Работа на сезонных или требующих постоянных переездов работах:	код комбинированного плана
<input type="checkbox"/> Сельское хозяйство <input type="checkbox"/> Лесная промышленность <input type="checkbox"/> Рыболовство	

РАЗДЕЛ С: Декларация Healthy Families.

Я заявляю, что каждый человек, за которого я подаю заявление:

- житель штата California
- не находится в местах заключения, в тюрьме или психиатрической лечебнице
- не имеет право на Medicare Часть А и Часть В
- не является членом семьи, которая имеет право на льготы по медицинскому обслуживанию по программе(ам) предоставления льгот пенсионного обеспечения для государственных служащих штата California.

Я далее заявляю, что:

- лица, перечисленные в этом заявлении, будут следовать правилам участия в программе, в процессе проверки и разрешения споров участвующих планов, в которые данное лицо зачислено.
- я прочел и понял **буклет Healthy Families**. Я понимаю, что в нем говорится о каждом плане медицинского обслуживания, стоматологическом плане и услугах глазного врача и о льготах, которые они предоставляют.
- мой возраст - старше 18 лет, и я подаю заявление сам(а) на себя, или я подаю заявление на всех своих детей, имеющих право на программу **Healthy Families** за исключением тех, которые уже зачислены.
- я согласен оплатить взносы за 6 месяцев. Если я не заплачу эти взносы, меня исключат из программы и я не смогу зачислиться на нее в течение последующих 6 месяцев. Я должен буду оплатить любые предоставляемые мне **Healthy Families** медицинские услуги, которыми я воспользуюсь в последний месяц после прекращения моего страхования.
- я даю разрешение программе **Healthy Families** проверить мой семейный доход, медицинскую страховку, иммиграционный статус лиц, в отношении которых я подаю заявление, и все прочие факты по этому заявлению.
- я согласен в течение 30 дней уведомить программу о любых изменениях адреса любого лица, которое зачислено на программу и о любых изменениях в адресе, указанном как адрес для отправки счетов к оплате.

РАЗДЕЛ D: Уведомление о конфиденциальности.

Закон 1977 года о "Практике использования информации" и федеральный закон "О конфиденциальности" требуют, чтобы лица, которых просят предоставить информацию для программы **Healthy Families**, были ознакомлены с нижеследующими положениями: запрашиваемая информация личного и медицинского характера используется только для идентификации подписчика на программу и для целей администрирования. Законодательные статьи Части 10 CCR, Раздел 2699.6600 требуют, чтобы каждый человек предоставлял определенную информацию при подаче заявления на программу **Healthy Families**. Информация (включая иммиграционный статус) о лицах, которые не становятся подписчиками, будет использоваться только с целью определения права на программу и для ее администрирования. Отказ предоставить эту информацию может в результате повлечь за собой возврат вашего заявления как незаполненного. Следующая информация в заявлении считается обязательной: номер социального обеспечения и информация этнического характера (за исключением случаев, когда заявитель принадлежит к категории индейцев) и любая другая информация, помеченная как добровольная или предоставляемая по желанию. Любое лицо имеет право на доступ к зарегистрированным документам, содержащим его/ее личную информацию, которая содержится в Комиссии по Регулированию Степени Ответственности при Медицинском Страховании. Должностное лицо, ответственное за хранение информации - заместитель директора по определению права и по зачислению на программы Deputy Director of Eligibility and Enrollment, Managed Risk Medical Insurance Board, 1000 G. Street, Room 450, Sacramento, California 95814, (916) 324-4895.

РАЗДЕЛ E: Разрешение споров.

Если вы зачислены на определенные планы, это означает, что вы соглашаетесь на условие, при котором некоторые претензии (которые могут включать в себя претензии, связанные с медицинскими ошибками) могут рассматриваться на нейтральном, обязывающем обе стороны, арбитражном слушании. Участники отказываются от своих прав на слушание дела в суде или в суде с присяжными. В **буклете Healthy Families** помещена информация о каждом плане и положениях об арбитражном слушании. Вы можете позвонить в службу по обслуживанию участников выбранного вами плана за дополнительной информацией.

РАЗДЕЛ F: Подпись и засвидетельствование.

64 Я подтверждаю, что я прочел(а) и понял(а) информацию, приведенную выше. Я также подтверждаю, что информация, указанная в этой форме правдива и верна.

Подпись _____ Дата _____

Подпись свидетеля _____ Дата _____

(если подпись заменена значком)